

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
FAKULTET ZA ODGOJNE I OBRAZOVNE ZNANOSTI

Nedeljka Mrđa

POREMEĆAJI AUTISTIČNOG SPEKTRA U PREDŠKOLSKOJ DOBI

DIPLOMSKI RAD

U Osijeku, rujan 2018.

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

FAKULTET ZA ODGOJNE I OBRAZOVNE ZNANOSTI

Izvanredni sveučilišni diplomski studij Ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja

POREMEĆAJI AUTISTIČNOG SPEKTRA U PREDŠKOLSKOJ DOBI

DIPLOMSKI RAD

Predmet: Psihologija odstupajućih ponašanja i doživljavanja u djetinjstvu i adolescenciji

Mentor: Lara Cakić, doc. dr. sc.

Student: Nedeljka Mrđa

Matični broj: 0267025137

Modul: Ekologija i nacionalna baština

U Osijeku, rujan, 2018.

SAŽETAK

Posljednjih nekoliko desetljeća bilježi se znatan porast prevalencije poremećaja iz autističnog spektra (PAS) u cijelom svijetu, što je rezultiralo i pojačanim interesom stručnjaka, znanstvenika i šire javnosti za ovaj poremećaj. Od pojavljivanja u dijagnostičkim priručnicima do danas, dijagnostičke kategorije i kriteriji za pojedine kategorije su u relativno kratkom razdoblju doživjele velik broj izmjena, kao što su promjene u nazivima i broju dijagnostičkih kategorija, promjene u samim dijagnostičkim kriterijima, promjene u broju kriterija koje dijete ili osoba mora ispunjavati, te oznakama i/ili stanjima koji dodatno opisuju ili pak isključuju ovu dijagnostičku kategoriju. U ovom radu prikazani su dijagnostički kriteriji, njihove povijesne promjene, obilježja djece s poremećajem iz autističnog spektra po područjima razvoja, terapijski postupci te uključivanje djece s poremećajima u redovite predškolske programe.

Ključne riječi: poremećaji iz autističnog spektra, PAS, predškolska dob, socijalne interakcije, komunikacija, izražavanje emocija, stereotipije.

SUMMARY

For the last couple of decades, a significant increase of autism spectrum disorder (ASD) prevalence has been noted worldwide, which resulted in experts, public and scientists showing more interest in that area.

Since being mentioned in diagnostic manuals, diagnostic categories and the criteria for some of them have been altered in a very short period of time. For example, changes made in titles and the numbers of diagnostic categories, changes in diagnostic criterias, changes in the number of criterias that a child or an adult have to fullfill and marks which additionally describe or exclude any of the diagnostic categories.

Diagnostic criterias, changes made throught the history and child characteristics from the autistic spectrum, these are all the facts shown in this paper. Furthermore, therapeutic treatments and inclusion of children with disabilities in regular preschool programs are also explained.

Key words: autism spectrum disorder, ASD, preschool children, social interaction, communication, emotional expression, stereotypes.

SADRŽAJ

1.	UVOD	4
2.	POREMEĆAJI AUTISTIČNOG SPEKTRA (PAS).....	5
2.1	Definicija poremećaja autističnog spektra	5
3.	POVIJESNI PREGLED DIJAGNOZE PAS-A	7
3.1	Početak brige za duševno bolesnu djecu	7
3.2	Leo Kanner i otkriće autizma	8
3.3	Autistični poremećaj (Kannerov sindrom).....	9
3.4	Aspergerov sindrom	10
3.5	Rettov sindrom	12
3.6	Atipični autizam	13
3.7	Dezintegrativni poremećaj u djetinjstvu.....	14
4.	DIJAGNOSTIČKI KRITERIJI PREMA DSM-5	15
4.1	Dijagnostički kriteriji u domeni socijalne komunikacije (A).....	15
4.2	Dijagnostički kriteriji u domeni ponašanja: ograničeni, repetitivni obrasci ponašanja, interesa ili aktivnosti (kriteriji B)	16
4.3	Dijagnostički kriteriji C, D i E	17
5.	OBILJEŽJA POREMEĆAJA AUTISTIČNOG SPEKTRA.....	19
5.1	Komunikacija djece s poremećajem autističnog spektra.....	19
5.2	Motoričke vještine.....	21
5.3	Igra	22
5.4	Agresija i autoagresija.....	23
5.5	Stereotipije i interesi.....	23
5.6	Emocije.....	24
6.	TERAPEUTSKI POSTUPCI	25
6.1	Bihevioralna terapija	25
6.2	Holding terapija.....	26
6.3	TEACCH program	27
6.4	Floortime	27
6.5	Sustav komunikacije razmjenom slika (PECS).....	29
6.6	Terapija senzorne integracije.....	29

7.	DJECA S POREMEĆAJEM AUTISTIČNOG SPEKTRA U DJEČJEM VRTIĆU	31
7.1	Dijete s poremećajem autističnog spektra u mješovitoj skupini dječjeg vrtića.....	32
7.2	Boravak u vrtiću	34
7.2.1	Govorno-jezični razvoj.....	34
7.2.2	Motorika	35
7.2.3	Emocije.....	35
7.2.4	Socijalni kontakti.....	35
7.2.5	Stereotipije i interesi.....	36
8.	POREMEĆAJI AUTISTIČNOG SPEKTRA U ODRASLOJ DOBI	37
9.	ZAKLJUČAK	38
10.	LITERATURA.....	39

1. UVOD

Poremećaj(e) iz autističnog spektra (PAS) obilježavaju odstupanja u socijalnoj komunikaciji i interakciji, te atipičnosti u obilježjima općeg ponašanja i interesa. PAS je poznat i pod nazivom pervazivni razvojni poremećaji. Termin “pervazivni” dolazi od latinskog glagola „pervadere“, što znači prožimati. Za razliku od drugih razvojnih poremećaja koji izolirano ili specifično utječu na pojedinu domenu razvoja, ovi poremećaji istovremeno zahvaćaju i prožimaju veći broj razvojnih područja i mogu na različite načine i u različitoj mjeri utjecati na svaki od njih, rezultirajući velikom raznolikošću razvojnih profila i ishoda.

Premda su se ranije smatrali rijetkim poremećajima, novije procjene prevalencije poremećaja iz autističnog spektra govore o prevalenciji od otprilike 1% u općoj populaciji. Na taj bi podatak mogla utjecati i činjenica da se dijagnoza daje u sve ranijoj dobi, te da su stručnjaci i šira javnost sve više osviješteni o postojanju tog poremećaja i upoznati s njegovim obilježjima. Naravno, moguća objašnjenja uključuju i druge razloge kao što su okolinske promjene ili socijalne promjene s biološkim implikacijama (primjerice, osobe se odlučuju za roditeljstvo u sve kasnijoj dobi).

2. POREMEĆAJI AUTISTIČNOG SPEKTRA (PAS)

Poremećaj iz autističnog spektra (PAS) termin je koji opisuje skupinu neurorazvojnih poremećaja koji se pojavljuju u ranom djetinjstvu i traju cijeli život. Obično se manifestiraju do treće godine života, no njihovi simptomi ponekad mogu biti prepoznati tek u školskoj dobi, u socijalno zahtjevnijem okruženju. Glavne značajke tog poremećaja: odstupanja u socijalnoj komunikaciji, odnosno interakciji te ograničeni i ponavljajući obrasci ponašanja, interesa i aktivnosti (DSM-5) i njihove posljedice na planu djetetova ponašanja i općeg funkcioniranja, postaju izraženije. Nedovoljno razvijen i nejedinstven sustav dijagnosticiranja dovodi do neprepoznavanje teškoće djeteta u predškolskoj dobi, ali i tijekom školovanja, što onemogućuje pružanje adekvatne podrške i u uvjetima u kojima je to moguće. Osim toga, sustav podrške nije jednak u svim područjima Republike Hrvatske, zbog čega se djeca i mladi s PAS-om isključuju, odnosno ne uključuju. Zbog svojeg specifičnog socio-kognitivnog funkcioniranja ova djeca i mladi posebno su rizični za isključivanje jer zahtijevaju podršku ne samo u obrazovnom procesu nego i u području ponašanja i socijalnih odnosa (Sekušak-Galašev, 2013).

Premda su se ranije smatrali rijetkim poremećajima, novije procjene prevalencije poremećaja iz autističnog spektra govore o prevalenciji oko 1% u općoj populaciji (Williams i sur., 2008; Kogan i sur., 2007; prema Capanec, Šimleša i Stošić, 2015).

Prema podacima Hrvatskog registra osoba s invaliditetom u Hrvatskoj je 2013. godine bilo 1316 osoba s dijagnozom poremećaja iz autističnog spektra (šifra F84, MKB-10), što je povećanje od približno 10% u odnosu na godinu ranije. U posljednjih sedam godina u Registru je vidljivo gotovo trostruko povećanje broja osoba s PAS-om, a u zadnjih pet godina u prosjeku je svake godine 10-17% više registriranih.

Točan uzrok autizma još je uvijek nepoznat. U počecima proučavanja poremećaja autističnog spektra, dominantna teorija bila je ona o emocionalno hladnim roditeljima i smatralo se da autizam nastaje kao posljedica neodgovarajućeg odgoja, no danas se sa sigurnošću zna da je osnova poremećaja biološka i da je uzrok autizma multikauzalan (Sekušak-Galašev, 2013).

2.1 Definicija poremećaja autističnog spektra

Poremećaji iz autističnog spektra (PAS) termin je koji opisuje skupinu neurorazvojnih poremećaja koji se pojavljuju u ranom djetinjstvu i traju cijeli život. Obično započinju do treće godine života, no njihovi simptomi ponekad mogu biti prepoznati tek u školskoj dobi, u

socijalno zahtjevnijem okruženju. Glavne značajke tog poremećaja su odstupanja u socijalnoj komunikaciji, odnosno interakciji te ograničeni i ponavljajući obrasci ponašanja, interesa i aktivnosti (DSM-5).

Ovaj poremećaj sadrži mnoge disfunkcije neurobiološkog, psihodinamskog ili genetičkog aspekta (Nikolić, 2000). Nadalje, Nikolić (2000) navodi kako se autizam manifestira do 30. mjeseca života, odnosno u drugoj ili trećoj godini. Može se manifestirati i kasnije, oko četvrte ili pete godine, tada se naziva "sekundarni autizam".

Autorica Bujas-Petković i sur. (2010) definiraju autistični poremećaj (infantilni autizam, autistični sindrom, autizam) kao pervazivni razvojni poremećaj koji počinje u djetinjstvu, većinom u prve tri godine života, zahvaća gotovo sve psihičke funkcije i traje cijeli život.

3. POVIJESNI PREGLED DIJAGNOZE PAS-A

Pronalaženje “divlje djece” kroz povijest potaknulo je razmišljanja o djeci koja ne mogu razvijati intelekt oponašanjem ili utjecajem okoline, što zbog psihološke ili biološke etiologije, a što zbog nedostatka civilizirane okoline koju bi oponašali. Postavlja se pitanje može li se između ove dvije grupe povući paralela i uočiti jednake razvojne fenomene. Na jednoj strani “divlja djeca”, a na drugoj autistično dijete kao klinički sindrom (Nikolić, 2000).

Početkom 19. stoljeća, u doba formiranja psihijatrije kao medicinske znanosti o duševnom zdravlju čovjeka, opisan je primjer “divljeg dječaka iz Aveyrona”. To je prvi slučaj autizma prikazan u znanstvenoj literaturi.

3.1 Početak brige za duševno bolesnu djecu

Prema Nikolić (2000) prvi slučaj autizma prikazan u znanstvenoj literaturi je dječak Viktor koji je 1799. godine pronađen u šumi u području rijeke Aveyron, u dobi od oko 11-12 godina, potpuno gol i zapuštenog izgleda. Hodao je četveronoške, poput životinje, nije razlikovao toplo od hladnog te nije pokazivao gotovo ništa od civiliziranog društvenog ponašanja. Prema svemu je Viktor, kako su ga nazvali, bio indiferentan i nesposoban da usredotoči svoju pažnju na bilo što. Njegove oči bile su bez ikakve izražajnosti, a njegov pogled preljetao je preko predmeta i osoba, nesposoban da se zadrži na bilo kome ili bilo čemu. Sluh mu je bio neosjetljiv kako na najjače i najgrublje zvukove, tako i na najljepšu glazbu. Glas mu je bio sveden na jedan unisoni grleni zvuk. Osjetilo mirisa je bilo toliko nediferencirano da je s istom zainteresiranošću njušio fine mirise kao i neugodne, a osjetilo dodira se ograničavalo na mehaničku funkciju pritiska tijela. Za njega se, nakon što su ugledni znanstvenici, poput psihijatra Philippea Pinela, potpuno odustali, zainteresirao francuski liječnik Jean Marie Gaspard Itard, koji je stekao reputaciju u medicinskim krugovima dotad prvenstveno komunicirajući s gluhonijemom djecom. On se nikako nije slagao s Pinelovim „terapijskim pesimizmom“, te je za Viktora postavio niz, po nekima čak i prevelikih očekivanja.

Ciljevi u radu s Viktorom, tj. “kriteriji edukacije” bili su: „učiniti sve da zavoli život u društvu pokazujući taj život ugodnijim od onoga koji je donedavno vodio, ponovno probuditi njegovu živčanu osjetljivost, proširiti sferu ideja i razvijati nove potrebe umnažavajući odnose s bićima koja ga okružuju, uvesti potrebu riječi koristeći se vježbom imitacije te neizbježnim zapovjednim zakonima potreba, razvijati kroz neko vrijeme na objektima njegovih fizičkih

potreba najjednostavnije mentalne operacije što bi postalo baza za uspješno podučavanje“ (Nikolić, 2000, str 19).

Itard nažalost nije uspio u svim zadacima koje je postavio, a Viktor je umro u starosti od otprilike 40 godina. Za života je uspio naučiti izvjestan broj riječi, steći sposobnost prosuđivanja i komunikacije, kao i mogućnost da adekvatno izrazi emocije te postane svjestan značenja socijalnih utjecaja. Naučio je čak i svirati violinu.

3.2 Leo Kanner i otkriće autizma

Helmut Remschmidt (2009) navodi kako je pojam autizam opisao švicarski psihijatar Eugen Bleuler 1911. godine koji je njime opisao jedan od osnovnih simptoma shizofrenije. Bleuler je tim pojmom označio ponašanje shizofrenih bolesnika koji se misaono povlače u vlastiti svijet, postupno smanjuju socijalne interakcije s ljudima u okruženju i prepuštaju se fantastičnim mislima i zatvaraju od svijeta. Prihvaćajući taj pojam, gotovo istovremeno su austro-američki psihijatar Leo Kanner 1943. godine i austrijski pedijatar Hans Asperger 1944. opisali autistični poremećaj u djece. Budući da se autistična djeca ne povlače aktivno u svijet fantazija, već ponajprije (od rođenja) uopće ne uspostavljaju ili samo ograničeno mogu uspostavljati socijalne kontakte, opis koji je dao Bleuler za njih nije prihvatljiv. No, različiti autori odlučili su zadržati taj pojam jer je u međuvremenu usvojen u cijelom svijetu.

Leo Kanner opisao je pod naslovom „Autistični poremećaji afektivnih veza“ 1943. jedanaest slučajeva čija je zajednička obilježja sažeo na sljedeći način. „Izraziti osnovni patognomični poremećaj jest od rođenja postojeća nemogućnost uspostavljanja odnosa s osobama i situacijama. Roditelji predstavljaju tu djecu i opisuju da su sama sebi dovoljna, žive kao u nekoj školjci, najsretnija su kad ih se ostavi na miru, ponašaju se kao da nitko nije prisutan, ne obraćaju pažnju na okruženje, pružaju dojam tihe mudrosti, nisu u mogućnosti pokazati normalnu razinu socijalne osjetljivosti, ponašaju se kao da su hipnotizirana“ (Remschmidt, 2009, str. 9). Bujas-Petković (1995) navodi osnovne karakteristike autističnog poremećaja prema Kanneru. To su: nemogućnost djeteta da uspostavi adekvatne kontakte s roditeljima, djecom i drugim ljudima, zakašnjeli razvoj govora i uporaba govora na nekomunikativan način (eholalija, metalalija, neadekvatna uporaba zamjenica), ponavljajuće i stereotipne igre te opsesivno inzistiranje na poštivanju određenog reda, nedostatak mašte i dobro mehaničko pamćenje te normalan tjelesni izgled.

Hans Asperger, opisao je 1944., ne znajući za rad Lea Kanner, koji je publiciran godinu dana prije, pod oznakom „Autistični psihopati dječje dobi“ četiri slučaja čija je zajednička obilježja sazeo u šest točaka. To su: tjelesna obilježja i izražajnost, autistična inteligencija, ponašanje u zajednici, nagoni i čuvstveno ponašanje, genetika te socijalno vrednovanje i tijek.

Prema Bujas-Petković i sur. (2010), za skupinu poremećaja sličnih autizmu upotrebljava se naziv pervazivni razvojni poremećaji i poremećaji iz autističnog spektra.

Prema Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje, poremećaj iz autističnog spektra donedavno je promatran kao skupina neurorazvojnih pervazivnih poremećaja koja obuhvaća: autistični poremećaj, Aspergerov poremećaj, Rettov poremećaj, pervazivni razvojni poremećaj koji nije drugačije specificiran i dezintegrativni poremećaj u djetinjstvu (DSM-IV, 1994).

Bujas-Petković i sur. (2010) navode jasne razlike koje se očituju kod infantilnog autizma, autističnog poremećaja, autizma u djetinjstvu, a koje valja razlikovati.

3.3 Autistični poremećaj (Kannerov sindrom)

Leo Kanner 1943. godine opisuje neobična ponašanja djece s izrazitim poremećajima socijalnih interakcija i komunikacije, osobito govora, ponavljajućim stereotipnim radnjama te ih naziva infantilni autizam (Bujas-Petković, 1995).

Prema Remschmidt (2009) navode se četiri osnovna klasifikacijska obilježja autističnog poremećaja. To su: kvalitativno oštećenje uzajamne socijalne aktivnosti, kvalitativno oštećena komunikacija, ograničeni interesi i stereotipski obrasci ponašanja, početak prije treće godine života. Osim toga, navode se još neke nespecifične teškoće kao što su strahovi, fobije, poremećaji spavanja i hranjenja, ispadi bijesa, agresivna ponašanja te samoozljeđivanje.

Kod promatranja djece s autističnim poremećajem najuočljivija su tri oblika ponašanja (simptoma): ekstremno zatvaranje od vanjskog svijeta, grčevita povezanost s poznatim (strah od promjene) te posebno osebujan govorni jezik.

Kod zatvaranja od vanjskog svijeta pojavljuje se ekstremni poremećaj socijalne interakcije. Veze s osobama, događajima i stvarima su abnormalne. Nema gotovo uopće normalne dječje povezanosti s roditeljima, posebice s majkom, nema reakcija smiješka, pogleda oči u oči, razlikovanja roditelja od drugih osoba, gesta anticipacije (npr. pružanje ruku kako bi ih se podiglo). No, takva djeca često pokazuju veliku povezanost s predmetima. Kad postanu

starija, uočljiv je izostanak kooperativne igre i stvaranja prijateljskih veza s drugom djecom, te nemogućnost uživanja u osjećaje drugih ljudi.

Grčevita povezanost s poznatim očituje se u tome da djeca upadaju u stanja straha i panike kad se nešto promijeni u njihovu nesporednom okruženju.

Kad se govori o osobitostima govornog jezika treba spomenuti usporen razvoj govornog jezika koji je prisutan kod oko polovine djece, sklonost tvorbi novih riječi i eholaliji. Djeca o sebi govore u trećem licu i tek jako kasno nauče sebe označiti s „ja“. Gotovo sva djeca pokazuju stereotipije u području govora i motorike i niz ponavljajućih radnji. Ne dosežu ili dosežu jako kasno razdoblje postavljanja pitanja, a onda stereotipski postavljaju ista pitanja na koja već znaju odgovore. Mnoga autistična djeca koja nauče govoriti ne mogu jezik koristiti za komunikaciju, već ga koriste na mehanički način. Govor je uvijek karakteriziran gramatičkim pogreškama, neka djeca izmišljaju nove riječi koje za njih mogu imati posebno značenje. U mnoge je djece s Kannerovim autizmom i glas upadljiv, nedostaje mu melodičnost, naglašavanje riječi i dijelova rečenice je često pogrešno, glasnoća govora nepromjenjiva, a ritam govora isprekidan. Neka djeca izvode prisilne radnje i u njih se pojavljuju niz drugih simptoma kao što su preferencije određene vrste hrane, agresivnost i autoagresivnost te izostanak straha od realnih opasnosti. Tijekom razvoja u mnoge djece s autističnim poremećajem dolazi do pomaka simptoma: osjetljivost na zvukove, napadaji straha, psihomotorni nemir i sklonost dodirivanju predmeta i osoba smanjuju se (Remschmidt, 2009).

3.4 Aspergerov sindrom

Gotovo istodobno s Leom Kannerom, austrijski pedijatar Hans Asperger 1944. godine poremećaj koji opisuje naziva autističnom psihopatijom, što je mnogo manje poznato.

Remschmidt (2009) navodi kako je postavljanje diferencijalne dijagnoze Aspergerovog sindroma doista teško, posebice jer od 8. do 10. godine života djeca i mladež s autističnim poremećajem prosječne inteligencije, mogu toliko sličiti onima s Aspergerovim sindromom. Zbog toga je razlikovanje oba gotovo nemoguće.

Aspergerov sindrom karakteriziraju poteškoće u socijalnoj interakciji, komunikaciji, suženi interesi i ponašanja koja vidamo kod djece s autizmom, ali ne postoje klinički značajna odstupanja u ekspresivnom i receptivnom jeziku, inteligenciji, vještinama samopomoći te znatiželji za okolinu. Motorička nespretnost je uglavnom tipična za ovo stanje, premda nije

nužna za dijagnozu istog. Pojavljivanje, ili možda bolje reći prepoznavanje sindroma je nešto kasnije nego kod autizma. Razloge tomu možemo tražiti i u očuvanim kognitivnim i jezičnim sposobnostima djece s Aspergerovim sindromom, te u tom smislu okolina, koja je jako usmjerena na progovaranje djeteta, ne primjećuje ništa neobično. Sam Asperger je smatrao da se poremećaj ne prepoznaje prije treće godine života. Ipak, djeca s Aspergerovim sindromom neobična su od rođenja, pa se tako već tijekom prve godine kod te djece može zamijetiti nedostatak interesa za ljude. Ta djeca obično ne dijele interese s drugim ljudima (ne donose predmete, ne slijede gestu pokazivanja i ne pokazuju prstom da podijele iskustvo s drugom osobom). Nadalje, ta djeca najčešće ne sudjeluju u igrama pretvaranja, a kod onih rijetkih koji sudjeluju, te igre su ograničene na jednu ili dvije teme (Šimleša i Ljubešić, 2009).

Autorice Šimleša i Ljubešić (2009) navode kako djeca s PAS-om često pogrešno tumače neke socijalne situacije i kao posljedica toga, drugi često interpretiraju njihovo ponašanje kao jako čudno i neobično. Za razliku od djece s autizmom, djeca s Aspergerovim sindromom svjesna su drugih ljudi i pokazuju interese za njih. Najčešće nisu povučeni, imaju potrebu za približavanjem drugoj djeci, ali na neprikladan i ekscentričan način. U samom pristupu su najčešće neosjetljivi na osjećaje drugih ljudi, na njihove namjere, na neke neverbalne znakove prisutne u komunikaciji, primjerice znakove dosade, želje za privatnošću itd. Iako ova djeca nemaju poteškoća s formom jezika, imaju velikih poteškoća u samoj pragmatici, uporabi jezika. Već od najranijih dana primjećujemo atipičnosti u komuniciranju namjera drugim ljudima. Tako, primjerice, kada djeca s Aspergerovim sindromom i pokazuju na neki predmet, to rade uglavnom u instrumentalne svrhe (npr. zato što žele vodu) ili kao oblik samousmjerenja, ali ne i zbog dijeljenja socijalnog iskustva, što je uglavnom obilježje djece urednoga razvoja (Mundy i sur., 1986; prema Šimleša i Ljubešić, 2009). Nadalje, dok djeca urednog razvoja već u dobi od oko 9 mjeseci pokazuju prstom ili pogledom na predmet koji žele, djeca s visokofunkcionirajućim autizmom i Aspergerovim sindromom primaju skrbnika za ruku i vode ga do željenog predmeta. Zanimljivo je da za razliku od djece s autizmom čiji su interesi ograničeni na predmete ili dijelove predmeta, kod djece s Aspergerovim sindromom interesi su uglavnom ograničeni na prikupljanje znanja o područjima poput matematike, zemljopisa, povijesti ili nekog segmenta iz svakodnevnog života kao što je promet, određen tip vozila (npr. tramvaji). Neki autori smatraju da je atipičan motorički razvoj osnovno distinktivno obilježje koje pronalazimo kod Aspergerova sindroma, odnosno smatraju da je nužan za dijagnozu sindroma. Aspergerov sindrom se najčešće ne dijagnosticira prije šeste godine (Šimleša i Ljubešić, 2009).

Zbog neujednačenosti termina i nepostojanja sustavnijih istraživanja ne začuđuje što točna prevalencija Aspergerova sindroma nije poznata. Još uvijek ne postoje slaganja ni potpuni odgovori na pitanje o uzrocima pervazivnih razvojnih poremećaja. Stručnjaci se slažu da su razlozi biološke naravi i da nemaju veze sa stilom roditeljstva, odgoja ili nekih okolinskih utjecaja. Ipak, osim bioloških teorija, danas su aktualne i neke psihološke teorije koje pokušavaju objasniti Aspergerov sindrom. (Šimleša i Ljubešić, 2009).

3.5 Rettov sindrom

Autorica Bujas-Petković (1995) definira Rettov sindrom kao neurološki poremećaj koji se pojavljuje isključivo u djevojčica, s početkom bolesti od sedmog do osamnaestog mjeseca života. Po tijeku bolesti, pogotovo u početku, nalikuje autističnom poremećaju, pa se s njim često i zamjenjuje. Prvi ga je opisao bečki dječji psihijatar Andreas Rett 1966. godine. Bolest je opisana kao progresivna encefalopathia, a manifestira se trijasom simptoma: autističnim ponašanjem, intelektualnim propadanjem i progresivnom ataksijom. Etiologija bolesti do danas nije poznata. Neki autori smatraju uzrokom mutacije na jednom X-kromosomu.

Prema Remschmidt (2009) to je poremećaj koji praktički uvijek dovodi do regresije inteligencije, odnosno demencije.

Rani psihomotorni razvoj djeteta čini se normalan do sedmog ili osamnaestog mjeseca života. No, potom slijedi psihotična regresija, zaostatak u razvoju govora, slabija uporaba riječi i rečenica koje je dijete do tada formiralo, poremećaj hoda i karakteristični stereotipni pokreti rukama. Tijek bolesti iskazuje se najčešće u četiri stadija.

1. Prvi stadij je rani početak stagnacije između sedmog mjeseca i 1,5 godine. U tom se stadiju primjećuje zaostajanje u razvoju, ali razvojni uzorak još nije značajno abnormalan.
2. Drugi stadij čini rapidni razvojni regres od prve do četvrte godine, kada dijete gubi postignute vještine i komunikaciju te kada nastaje mentalna deficijencija.
3. Treći stadij je pseudostacionarni period u kojemu djevojčice održavaju sposobnost kretanja uz neupadnu, sporu neuromotornu regresiju.
4. U četvrtom stadiju nastaje potpuna motorna nesamostalnost, propadanje psihičkih funkcija i distalna distorzija (Bujas-Petković, 1995).

Kriteriji za postavljanje dijagnoze su:

- A. svi sljedeći: uočljivo normalan prenatalni i perinatalni razvoj, uočljivo normalan psihomotorni razvoj tijekom prvih pet mjeseci života, normalan opseg glave kod rođenja
- B. početak svih sljedećih nakon razdoblja normalnog razvoja: rast glave se usporava u dobi od 5 do 48 mjeseci, gubitak već usvojenih svrhovitih vještina šake u dobi od 5 do 30 mjeseci, nakon čega se razvijaju stereotipni pokreti šake (npr. stiskanje ili pranje ruku), izostanak u sudjelovanju u socijalnim interakcijama rano u tijeku bolesti, problemi s koordinacijom hoda ili pokretima trupa, teško oštećen razvoj jezičnoga razumijevanja i izražavanja s teškom psihomotornom zaostalošću. (Bujas-Petković i sur. 2010)

3.6 Atipični autizam

Prema Remschmidt (2009) o atipičnom autizmu govori se kad postoji pervazivni razvojni poremećaj koji se razlikuje od autističnog poremećaja po tome što se pojavljuje nakon treće godine života, ili poremećaj ne odgovara kriterijima za autistični poremećaj u sva tri područja.

Djeca s ovim poremećajem pokazuju dijagnostičke kriterije za autistični poremećaj tek nakon treće godine života ili postoje jasna osebujna obilježja, tipična za autistični poremećaj, ali ona ne obuhvaćaju sva tri područja nužna za dijagnozu (oštećenje socijalnih interakcija, komunikacije i ograničeno repetitivno ponašanje).

U skladu s navedenim činjenicama razlikuju se dvije inačice atipičnog autizma, a to su:

1. Autizam s atipičnom dobi obolijevanja kod kojega su zadovoljeni svi kriteriji za autistični poremećaj (Kannerov sindrom), ali poremećaj postaje prepoznatljiv tek nakon treće godine života.
2. Autizam s atipičnom simptomatikom, kod kojega se simptomi manifestiraju prije treće godine života, ali ne odgovaraju potpunoj slici autističnog poremećaja. To se naročito odnosi na djecu sa značajno sniženom inteligencijom koja pate od razvojnih poremećaja govornog jezika, ponajprije razumijevanja jezika. Kod djece s tim poremećajem često se govori o sniženoj inteligenciji s autističnim obilježjima. Smanjenom stupnju intelektualnog funkcioniranja pridružuju se simptomi autizma (Remschmidt, 2009).

3.7 Dezintegrativni poremećaj u djetinjstvu

Dezintegrativni poremećaj (dezintegrativna psihoza, Hitlerov sindrom, dječja demencija) je poremećaj koji se pojavljuje između treće i pete godine života. Kod djeteta, nakon potpuno zdravog razdoblja, dolazi do potpunog pogoršanja gotovo svih psihičkih funkcija. Dijete prestaje komunicirati i govoriti, pratiti događaje u okolini te zaboravlja naučene vještine.

Prema Bujas-Petković i sur. (2010), poremećaj je vrlo težak, ali rijedak. Etiologija dezintegrativnog poremećaja nije jasno utvrđena, ali se katkad može povezati s cerebralnim oštećenjem ili čak psihosocijalnim stresom (npr. hospitalizacija, odvajanje od majke, rođenje mlađeg brata ili sestre).

Dva su moguća početka bolesti:

1. Nagli početak bolesti koji nastupa u razdoblju od nekoliko dana ili tjedana.
2. Postupni početak koji traje od nekoliko tjedana do nekoliko mjeseci.

Kod djece se primjećuje nezainteresiranost za okolinu, nereagiranje na vanjske podražaje te ona izgledaju potpuno izgubljeno. Također dolazi do osiromašenja govora, njegovog potpunog gubitka te nerazumijevanja tuđega govora. Pojavljuju se stereotipije, anksioznost, razdražljivost te gubljenje inteligencije. Prognoza za oboljele od dezintegrativnog poremećaja je loša. Kod male skupine bolesnika oštećenja se nastavljaju te u kasnijim stadijima dolazi do neuroloških ispada koji mogu dovesti do prerane smrti (Remschmidt, 2009).

4. DIJAGNOSTIČKI KRITERIJI PREMA DSM-5

Autorice Cepanec, Šimleša i Stošić navode izmjene koje su se dogodile uvođenjem novih dijagnostičkih kriterija. Prema Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje, poremećaj iz autističnog spektra ranije je promatran kao skupina neurorazvojnih pervazivnih poremećaja koja obuhvaća: autistični poremećaj, Aspergerov poremećaj, Rettov poremećaj, pervazivni razvojni poremećaj koji nije drugačije specificiran i dezintegrativni poremećaj u djetinjstvu (DSM-IV, 1994). DSM-5 (2013) je donio velike promjene koje se, osim u dijagnostičkim kriterijima, očituju i u broju kategorija, pa se sada svi navedeni poremećaji smatraju jedinstvenom kategorijom – poremećajem iz autističnog spektra.

Postupak dijagnostike PAS-a složen je postupak koji zahtijeva interdisciplinarni pristup većeg broja educiranih stručnjaka. Rana dijagnostika koja se obavlja u djece izrazito niske dobi (0-3 godine) podrazumijeva postojanje visoke stručnosti i fleksibilnosti u interpretaciji razvojne međuigre različitih razvojnih područja (kognitivne sposobnosti, komunikacijske sposobnosti, jezično-govorne sposobnosti, adaptivne vještine i sl.) i njihova odraza na obilježja općeg ponašanja (stereotipnost, sustavnost u odgovaranju, samoregulacija ponašanja i sl.).

DSM-5 donosi novinu razlikovanja s obzirom na stupanj teškoća, odnosno količinu potrebne podrške, te je položaj pojedinca na spektru jasnije određen naznačenom težinom poremećaja (poremećaj iz autističnog spektra stupnja 1, stupnja 2 ili stupnja 3).

Prema DSM-5 postoji pet skupina dijagnostičkih kriterija koje je potrebno zadovoljiti kako bi bila postavljena dijagnoza PAS-a (kriteriji A-E).

4.1 Dijagnostički kriteriji u domeni socijalne komunikacije (A)

Prisutnost postojanih deficita u socijalnoj komunikaciji i interakciji, kroz mnogobrojne kontekste, koji su trenutno izraženi ili su bili prisutni kod osobe u ranijoj dobi, a koji se manifestiraju kao:

1. odstupanja (manjkavosti) u socio-emocionalnoj uzajamnosti, u rasponu od abnormalnog socijalnog pristupa, nemogućnosti “dvosmjerne” komunikacije i smanjenog interesa za dijeljenje zajedničkih interesa, do smanjenog reciprociteta u emocijama ili doživljaja utjecaja na drugoga i nemogućnosti započinjanja i/ili sudjelovanja u socijalnim interakcijama;

2. odstupanja u neverbalnim komunikacijskim ponašanjima korištenim za socijalnu interakciju, u rasponu od slabe koordiniranosti verbalne i neverbalne komunikacije, abnormalnosti u kontaktu pogledom i govoru tijela i deficita u razumijevanju i uporabi gesta pa sve do potpunog izostanka izražajnosti mimike lica i neverbalne komunikacije;
3. odstupanja u razvijanju, održavanju i razumijevanju međuljudskih odnosa, u rasponu od poteškoća u prilagođavanju ponašanja različitim socijalnim kontekstima, do poteškoća u dijeljenju, imaginarnim igrama ili pri stvaranju prijateljstava pa sve do potpunog izostanka interesa za vršnjake.

Socijalni interesi kod djece s PAS-om su ograničeni, suženi i neobični. Igra im je bez socijalne i imaginativne, simboličke komponente. Djeca djeluju nezainteresirano, odaju dojam pasivnosti i odbijaju interakciju pri čemu mogu izražavati neprimjerene oblike ponašanja koji se mogu protumačiti kao agresivnosti. Za „autistično mišljenje“ karakteristični su i problemi generalizacije i diferencijacije primjerenih pravila ponašanja. Djeca i odrasli s PAS-om imaju poteškoća u razumijevanju nepisanih pravila društvenog ponašanja koja se mijenjaju ovisno o kontekstu.

4.2 Dijagnostički kriteriji u domeni ponašanja: ograničeni, repetitivni obrasci ponašanja, interesa ili aktivnosti (kriteriji B)

Očituju se u najmanje dva od sljedećih područja:

1. stereotipni i ponavljajući motorički pokreti, korištenje objekata ili govora na stereotipnan i repetitivan način (npr. redanje predmeta, eholalija),
2. inzistiranje na istovjetnosti i nefleksibilno pridržavanje rutina ili ritualiziranih obrazaca verbalnog i neverbalnog ponašanja (npr. burno reagiranje na male promjene, poput načina pozdravljanja, rasporeda događaja, rute kretanja ili navika pri hranjenju, teškoće s tranzicijama, rigidnost mišljenja)
3. vrlo ograničeni, fiksirani interesi, abnormalni po intenzitetu ili usmjerenosti (npr. jaka zaokupljenost neobičnim predmetima, primjerice vrpčama ili dijelovima predmeta/igračaka)
4. hiper/hipoosjetljivost na podražaje iz okoline (npr. niska tolerancija na bol/temperaturu, preosjetljivost na svjetlost, određene zvukove ili teksture materijala ili pak visoka tolerancija na bolne podražaje, pretjerana potreba za dodirivanjem i njuškanjem predmeta, zadržavanje svjetlosnim efektima i objektima u pokretu koji se

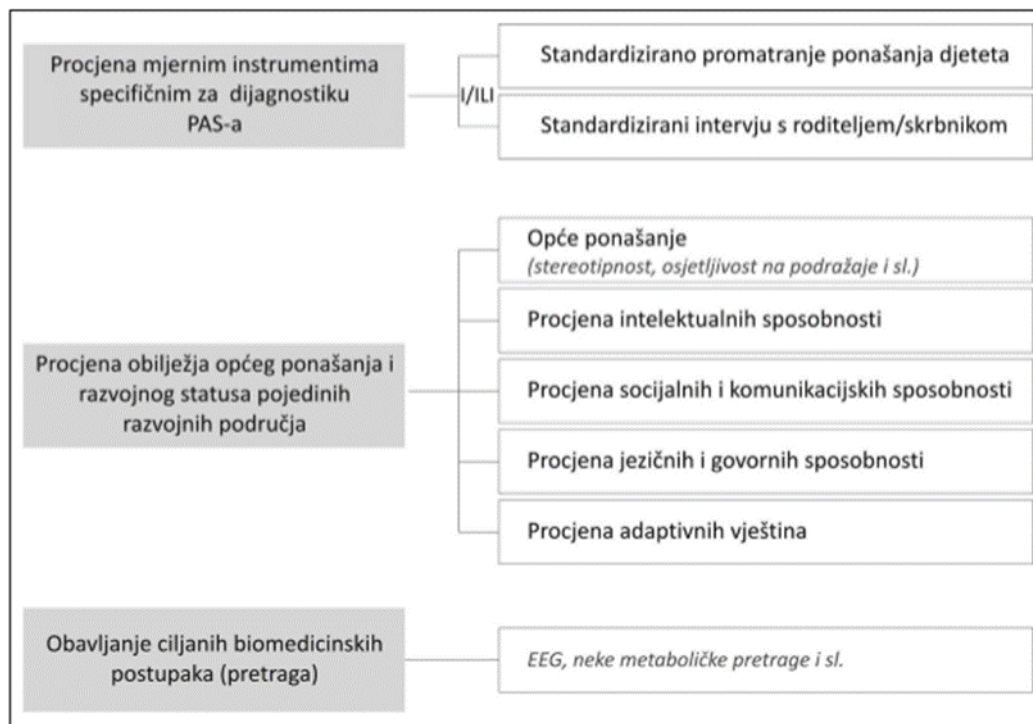
okreću, trepere). Upravo taj aspekt hipo/hiperosjetljivosti na senzorne podražaje može objasniti neke fascinacije i interese osoba s PAS-om.

4.3 Dijagnostički kriteriji C, D i E

Simptomi PAS-a moraju biti prisutni u ranom razvojnog razdoblju, ali se ne moraju uočiti sve dok društvena očekivanja ne prelaze granicu njihovih sposobnosti, ili poremećaj može biti prikriven naučenim strategijama funkcionalnog ponašanja (kriterij C). Simptomi uzrokuju klinički značajne poteškoće na društvenom, profesionalnom i/ili drugim važnim područjima funkcioniranja (kriterij D). Intelektualne teškoće i poremećaj iz autističnog spektra se u nekim slučajevima pojavljuju istovremeno; u tom slučaju uvjet za dijagnozu je da aspekt socijalne komunikacije bude ispod očekivanog za razinu generalnog razvoja (kriterij E). Intelektualne teškoće su prisutne kod 85-90% osoba s PAS-om. U 10-15% slučajeva radi se o osobama prosječne inteligencije, 25-35% ima granične/lake intelektualne teškoće, a 50-65% umjerene do teške. Ustanovljeno je i da 70% osoba s PAS-om ima još neki pridruženi poremećaj, a 40% ima dva ili više pridruženih poremećaja. To mogu biti depresija, anksioznost, ADHD, epilepsija i sl.

Kako navode, Goodlin-Jones i Solomon, 2005; prema Cepanec, Šimleša i Stošić, 2015, postoji nekoliko ključnih odrednica u postupku procjene i donošenja konačnog zaključka:

1. Razvojna perspektiva. Autizam je cjeloživotni razvojni poremećaj koji se u različitoj dobi očituje različitim obilježjima, koja se mijenjaju i u razvojnoj liniji pojedinog djeteta. Posebno je važno naglasiti poznavanje urednog razvoja i svih njegovih širokih inačica, kao i razlikovanje autizma od drugih razvojnih poremećaja.
2. Više izvora informacija. U postupku procjene važno je uključiti informacije o djetetu iz više izvora, te informacije o tome kako dijete funkcionira u različitim sredinama i s različitim osobama.
3. Multidisciplinarni tim stručnjaka. U postupku procjene trebao bi, kad god je to moguće, sudjelovati tim stručnjaka. Bilo bi poželjno i da jedan od stručnjaka ima ulogu koordinatora. Postupak dijagnostike PAS-a ima za pretpostavku velika znanja o urednom razvojnog obrascu, ali i izvježbanost u opažanju i interpretaciji spontanog ponašanja i komunikacije (npr. uporaba kontakta očima, izraza lica, gesta, komunikacijske uzajamnosti, stereotipnosti u ponašanju i slično).



Slika 5.1 Postupci obuhvaćeni dijagnostičkim postupkom djeteta predškolske dobi koje budi sumnju na postojanje poremećaja iz autističnog spektra (Dodd i sur., 2014. i Ozonoff i sur., 2005; prema Capanec, Šimleša i Stošić, 2015).

Dijagnostički kriteriji za PAS definirani su isključivo ponašajnim obilježjima, te ne uzimaju u obzir etiologiju nastalih odstupanja, niti moguće biomedicinske markere. Taj „stav” potvrđen je i izbacivanjem Rettova poremećaja iz klasifikacije budući da se on bihevioralno ne razlikuje od poremećaja koji nemaju tako jasnu biomolekularnu osnovu. Ipak, premda rezultati biomedicinskih nalaza ne utječu na udovoljavanje kriterijima za PAS, uputno je (iz kliničkih razloga i radi dobrobiti djeteta) obaviti ciljane biomedicinske postupke kako bi se otkrila moguća pridružena stanja i/ili odstupanja ili (u znatno manjoj mjeri) uzrok navedenih bihevioralnih atipičnosti (Capanec, Šimleša i Stošić, 2015).

Iako mjerni instrumenti za procjenu kognitivnih sposobnosti i adaptivnih vještina omogućuju i procjenu receptivne i ekspresivne komunikacije, u dijagnostičke svrhe je korisno prikupiti detaljnije informacije o djetetovoj komunikaciji i govorno-jezičnom razvoju. S obzirom na to da su teškoće u komunikaciji jedan od ključnih simptoma PAS-a, procjena komunikacijskog profila vrlo je bitna i za izradu kvalitetnog intervencijskog programa.

5. OBILJEŽJA POREMEĆAJA AUTISTIČNOG SPEKTRA

Sukladno DSM-5, kako bi se ispunili kriteriji koji su potrebni za dijagnosticiranje poremećaja, osoba mora imati umanjene vrijednosti u tri glavna područja, a to su:

1. socijalizacija,
2. komunikacija i
3. ponašanje.

Pojedinci s poremećajem oštećeni su u recipročnoj društvenoj komunikaciji i interakciji i prikazuju različita stereotipna i ponavljajuća ponašanja (Lukito i sur. 2017).

DSM-5 također nalaže da individua s poremećajem mora manifestirati barem jedan od problema u toj kategoriji.

5.1 Komunikacija djece s poremećajem autističnog spektra

Osobe s PAS-om nemaju razvijenu teoriju uma, točnije sposobnost razumijevanja vlastitog mentalnog stanja i mentalnih stanja drugih ljudi (onoga što oni znaju i misle, njihovih osjećaja, želja, ideja i namjera) pa im je nemoguće koristiti ta saznanja kako bi predvidjeli ponašanja drugih ljudi. To za posljedicu ima manjkavosti u području komunikacije, socijalizacije i imaginacije (mašte), nedostatak empatije, slabu emocionalnu ekspresiju i nerazumijevanje onoga za što se može očekivati da drugi znaju (Sekušak-Galešev, 2013).

Kod djece s poremećajima autističnog spektra proces komunikacije već je od rane dobi poremećen. Slabo razumiju govor, pokazuju teškoće s ekspresijom, ali i s neverbalnom komunikacijom (Bujas-Petković i Frey Škrinjar, 2010). Komunikaciju dodatno otežavaju teškoće razumijevanja govora i postupaka drugih osoba te shvaćanja uzročno-posljedične veze njihova ponašanja. Istraživanja su pokazala da djeca s poremećajima iz autističnog spektra imaju posebne teškoće u razvoju dvije komunikacijske vještine: združenoj pažnji i sposobnosti uporabe simbola (Woods i Wetherby, 2003).

Socijalni deficit i okrenutost ka sebi, koji su karakteristični za PAS, sami po sebi negativno djeluju na razvoj govora. Pored deficita verbalnog, otežan je (ili se ne razvija) ni neverbalni govor, djeca ne pokazuju željeno rukom i kažiprstom, nerazvijena je sposobnost imitacije i nema zajedničke pažnje (npr. ne gledaju što im se pokazuje) (Gajić, 2015).

Kašnjenje jezičnog razvoja samo je jedan od četiri moguća tipa komunikacijski umanjenih vrijednosti koja su potrebna da bi se upotpunili kriteriji (American Psychiatric Association, 2013).

1. Kašnjenje ili potpuni nedostatak razvoja govornoga jezika (bez pokušaja nadoknađivanja alternativnim načinima komunikacije, kao što su geste ili mimike.) Većina djece tijekom prve godine izgovore svoje prve riječi, a u drugoj godini života bi trebala imati vokabular od nekoliko stotina riječi te bi trebala biti sposobna spojiti barem dvije riječi. Ako dijete nije sposobno to napraviti, može postojati problem. Drugi značajan aspekt koji bi se trebao uzeti u razmatranje u dječjem razvoju govora je moguća regresija njihovih jezičnih sposobnosti. Osim ako je uzrokovana zbog nekoga medicinskog ili neurološkoga problema, kao što je ozljeda glave ili potres mozga, dječja jezična regresija može biti značajni pokazatelj da dijete ima poremećaj.
2. Ukidanje ili obrat zamjenica: Na primjer, ako tipični dvogodišnjak želi majci reći da je gladno, on će to možda reći ovako: "ja gladan" ili jednostavno "gladan". Ovo su poprilično standardni načini prema kojima dijete želi iskazati neku potrebu. No, ako dijete kaže: "Marko gladan" ili "ti gladan", to je pokazatelj netipičnoga ponašanja.
3. Eholalija: postoji uobičajeni dio u jezičnome razvoju kada dijete uči govoriti, oko osamnaestoga mjeseca, u kojemu se javlja eholalija ili ponavljanje riječi ili fraza koje su rekli drugi ljudi oko njega. Ova faza je kratkoga trajanja i nije razlog za brigu. No, ako ova faza traje neko dulje vrijeme, nekoliko mjeseci, potrebno je izvršiti određene preglede. Eholalija se može manifestirati na dva različita načina, a to su neposredna ili odgođena eholalija. Oba načina mogu varirati u težini odnosno ozbiljnosti. Neposredna eholalija događa se kada dijete ponavlja riječi odmah nakon što ih je čulo. Neposredna eholalija je tipično lakša roditeljima za primijetiti, jer se događa odmah nakon što su se obratili djeci. Ponekad se događa da djeca ne ponavljaju samo riječi ili rečenice druge osobe, nego i točno ponove ton, ritam i tempo u kojemu su rečene. To bi mogao biti jako dobar ukazatelj na autistični poremećaj. Eholalično ponašanje počinje često u ranome dječjem razvoju i potrebno je razlikovati: a) ponavljanje što im je rečeno zato što oni razmišljaju o odgovoru ili b) ponavljanje jer pokušavaju ozlovoljiti drugu osobu s pomoću ponavljanja onoga što je druga osoba rekla. U prvome slučaju, moguće je da individua pokušava procesuirati ono što je čula. Individua koja ponavlja riječi koje je upravo čula da bi otežala ili nasmijala učinit će

to s osmijehom na licu ili će na drugi način indicirati da bi pokazalo kako je tvrdoglavo.

4. Ponavljanje ili recitiranje rečenica iz filmova ili televizijskih emisija: ovo se također može razmotriti kao ponavljajući govor, odnosno odgođena eholalija, tj. dijete koje bez razloga, ponavlja rečenice iz filmova ili televizijskih emisija, videa i onda kada nema razloga za to. Potrebno je razlikovati ovo potencijalno dijagnostičko ponašanje od bezbroj ljudi koji pjevaju uz pjesmu na radiju ili citiraju rečenice gledajući neki film koji bi mogao biti smatran kao normalno ponašanje.
5. Monotoni glas: pokazuje li dijete različite i prikladne tonove glasa kada se to od njega očekuje? Ako su sretni, tužni, uplašeni, u bolovima, mijenja li im se ton glasa da bi pokazali tu emociju? Ili su relativno bezizražajni i vrlo je teško reći kako se osjećaju? Mijenjaju li im se ton i izraz lica kako bi pokazali određenu emociju? Određeni roditelji izvješćuju kako im je dijete uvijek sretno, iako taj osjećaj ponekad nije primjeren određenoj situaciji.
6. Nedostatak raznolikih spontanih “učini-vjeruj” igara ili imitativnih igara koji su odgovarajući razvojnome dobu.

5.2 Motoričke vještine

Bez odgovarajuće procjene motoričkih sposobnosti, djeca s poremećajima autističnog spektra mogu se smjestiti u uvjete koji nisu primjereni njihovim motoričkim sposobnostima, autori Liu i sur. (2017) opisuju važnost procjene motoričkih vještina kod djece s poremećajem iz autističnog spektra, kako bi se i uvjeti rada u odgojno-obrazovnim ustanovama mogli prilagoditi. Sipes, Matson i Horovitz (2011) navode kako djeca s poremećajima iz autističnog spektra imaju znatno oštećenje motorike, kako fine, tako i grube, u odnosu na djecu tipičnog razvoja. Međutim, brojni istraživači dolaze do različitih rezultata ako uzmemo u obzir odnose motoričkih vještina kod djece s PAS-om i djece s drugim razvojnim kašnjenjima.

Djeca s PAS-om prohodaju u prosjeku ili čak ranije od prosjeka, brzi su i okretni. Slabije su razvijene fina motorika i grafomotorika, no moguće je da se ovdje radi o slaboj koncentraciji i slaboj zainteresiranosti djeteta, pa čak i odbijanju te aktivnosti. Takva djeca često hodaju na prstima i pritom izvode čudne pokrete rukama i nogama. Stereotipni pokreti, koji su neuobičajeni i nesvrshodni i koji se stalno ponavljaju. Ti pokreti mogu se ponavljati mjesecima ili godinama, povremeno mijenjajući oblik, pogotovo ako dijete upozoravamo ili

mu branimo tu aktivnost. Ono tada jednu stereotipiju obično zamijeni drugom. Ustrajnost u zabrani može u djeteta izazvati strah i uznemirenost (Nikolić, 2009).

Ovakva djeca pokazuju atipične senzoričke odgovore, senzorno izbjegavanje, prekomjerne reakcije na senzorne podražaje, čak i kada su kognitivni učinci uzeti u obzir. Nedostaci senzornih vještina imaju utjecaj na autonomiju djece i intervencije trebaju biti usmjerene na poboljšanje i podupiranje razvoja senzomotoričkih vještina (Jasmin i sur., 2009).

5.3 Igra

Igra je složena aktivnost koja se pojavljuje kod većine djece. Ona se kreće kroz različite faze razvoja igre i dobiva kompleksnost, maštu i kreativnost u tom procesu. Međutim, za mnogu djecu s poremećajem iz spektra autizma, razne faze igre nikada se ne razviju ili se pojavljuju na fragmentiran način. Takva djeca imaju poteškoće u pokretanju i održavanju igre i obično prikazuju odgođene obrasce društvene interakcije. Jedan od najvidljivijih znakova poremećaja spektra autizma je nemogućnost povezivanja s drugima. Razumijevanje emocionalnih znakova i izraza lica može biti osobit problem za djecu s poremećajem (Mastrangelo, 2009).

Mastrangelo (2009) navodi uzroke deficita igara kod djece s poremećajem autističnog spektra. Razni modeli pokušavaju objasniti defekte igre, a brojne studije pokušavaju isključiti neka objašnjenja u korist drugih. U sljedećem poglavlju opisana su tri prevladavajuća diskursa: teorija uma, izvršna funkcija i teorija središnje koherentnosti. Teorija uma sugerira da djeca s poremećajem autističnog spektra ne mogu razumjeti misli, osjećaje ili namjere drugih. Na primjer, mnoga djeca s poremećajem autističnog spektra naći će se zbunjena kada se banana (koju oni vide kao žuti plod) služi kao telefon tijekom igranja. Druga teorija objašnjava teškoće koje se odnose na izvršnu funkciju, tj. planiranje unaprijed i kognitivnu fleksibilnost. Treće područje sugerira da temeljne teškoće proizlaze u pronalaženju značenja u čitavim nizovima ili kontekstima.

Dva autistična djeteta mogu satima i danima stajati sasvim blizu jedan drugoga, a da se i ne primijete, a kamoli da započnu igru koja bi bila zajednička. Svatko se igra za sebe. Dijete miriše predmete, njuška ih, liže i na taj način upoznaje. Složenijih igara u većine autistične djece nema, jer ona nemaju sposobnost imitacije i ne mogu zamisliti situacije koje su uobičajene u igrama. Ipak, autistična djeca viših intelektualnih sposobnosti mogu razviti viši nivo igre naročito s odraslima i na poticaj. Također se ponekad veoma kreativno mogu igrati sa zdravom djecom, ako ih ova prihvate u društvo i ako ih vode (Nikolić, 2000).

5.4 Agresija i autoagresija

Pojedinci s PAS-om pokazuju znatno više štetnih i agresivnih ponašanje od pojedinaca bez PAS-a, barem kada je u kombinaciji s intelektualnim onesposobljenošću. Između 2. i 4. godine uporaba izravne fizičke agresije postupno zamjenjuje se verbalnom agresijom, a taj razvoj se nastavlja tijekom djetinjstva (Kaartinen i sur., 2012). Kako bi smirili agresiju, roditelji često udovoljavaju zahtjevima ne znajući da time zatvaraju začarani krug. Agresija može poprimiti sve jače razmjere i može postati sama sebi svrhom. Dio agresivnog ponašanja je biološki uvjetovan, a dijelom je to i naučen oblik ponašanja da bi se došlo do određenog cilja. Ipak, najupečatljiviji oblik agresije je autoagresija - dijete se udara, grize do krvi i pritom kao da ne osjeća bol. Agresija i autoagresija moraju biti predmet intenzivnog farmakoterapijskog tretmana (Nikolić, 2000).

5.5 Stereotipije i interesi

Teškoće se očituju kao nemogućnost zauzimanja tuđe perspektive i razumijevanja tuđih želja, namjera, vjerovanja i znanja. Iako je ovom teorijom moguće objasniti mnoga „socijalna“ ponašanja, teško ju je povezati s nesocijalnim obilježjima ovog poremećaja. Ta nesocijalna ponašanja vrlo su varijabilna kroz spektar, a odnose se na ograničene, repetitivne i stereotipne modele ponašanja i rigidnost, kao i neujednačen kognitivni profil (Hill, 2004). Takva ponašanja obuhvaćaju i jače i slabije strane osoba s poremećajem iz spektra autizma te su znatno manje istražena od teškoća u socijalnoj interakciji i komunikaciji.

Autorica Watt i sur. (2008) opisuju repetitivna i stereotipna ponašanja djece s poremećajima iz autističnog spektra navodeći kako je već i sam Kanner smatrao takve obrasce ponašanja, interesa i aktivnosti središnjim za ovaj poremećaj. Općenito se to odnosi na širok spektar ponašanja, uključujući stereotipije, rituale, prisile, opsesije, ustrajnost i ponavljajuću ili stereotipnu uporabu jezika. Rezultati istraživanja koje su proveli Watt i sur. (2008) pokazuju da djeca s poremećajima iz autističnog spektra imaju znatno više ovakvih obrazaca ponašanja od djece tipičnog razvoja od 18. do 24. mjeseca života. Ovi nalazi pokazuju da su repetitivna i stereotipna ponašanja temeljni deficit poremećaja krajem druge godine života i važna dijagnostička značajka koju treba razmotriti u ovoj dobi. Dijete često slaže predmete u besmisleni niz, opire se promjenama, uspostavlja uvijek isti red. Ako ga u tome spriječimo, uznemiri se, opire i negoduje. Uz to, javlja se izrazito ograničen repertoar aktivnosti i interesa koji se manifestiraju stereotipnim pokretima kao što su lepršanje rukama, njihanje, okretanje,

pljeskanje i sl.; preokupacijom dijelovima objekta, mirisanjem, njuškanjem, pipkanjem, vrtnjom predmeta; inzistiranjem na jednoličnosti i stalnom rasporedu stvari; nelogičnim inzistiranjem na detaljima, npr. dijete želi ići stalno istim putem, raspoređuje osobe i predmete na isto mjesto; izrazito ograničenim interesom i preokupacijama (Bujas-Petković, 2010).

5.6 Emocije

Costescu i sur. (2016) navode kako su poremećaji autističnog spektra povezani s pojačanim emocionalnim odgovorima i slabom kontrolom emocija. Dalje navode disfunkcionalne emocije, kao što su gnjev i deprimirano raspoloženje kao ozbiljan problem za djecu s ovim poremećajima pogotovo zato što su uključeni u neodgovarajuće strategije suočavanja u odnosu na vršnjake kada su suočeni s negativnim događajima. Rezultati su pokazali višu razinu maladaptivnih ponašanja kod djece s poremećajima autističnog spektra u situacijama kada su se trebala suočiti s negativnim događajima.

Takvo dijete nije emocionalno hladno. Ono traži kontakt s drugim osobama, ali često na neprimjeren način što druge osobe ne razumiju. Iako se ne igra s drugom djecom u skupini u kojoj boravi, ono osjeća promjene i burno na njih reagira.

6. TERAPEUTSKI POSTUPCI

Prema Bujas-Petković (1995), cijela se obitelj postupno povlači zbog nemogućnosti da se dijete smjesti u prihvatljive socijalne okvire. Kako su se spoznaje o uzrocima poremećaja mijenjale, mijenjao se i tretman koji je postajao sve efikasniji. Dijete potrebno od rane dobi stimulirati adekvatnim tretmanom i odgojnim postupcima jer u suprotnom dolazi do propadanja intelektualnih funkcija i osobe u cjelini.

Metode i postupci tretmana najefikasniji su ako se individualno prilagode djetetu te se provode kontinuirano, dugotrajno i dosljedno. Također je potrebno provoditi jednake postupke u svim sredinama u kojima dijete boravi. Ukoliko su postupci nedosljedni i tretmani neredoviti, kod djeteta se javlja pogoršanje sveukupnog stanja. Za uspjeh u tretmanu mora sudjelovati cijela obitelj (Bujas-Petković, 1995).

6.1 Bihevioralna terapija

Bihevioralni pristup prisutan je još od 1960-ih u podučavanju osoba s autizmom. Najprije je intervencija bila usmjerena isključivo na izolirana ponašanja, a kasnije je razvijen program koji je usmjeren na širok spektar vještina i sposobnosti (Stošić, 2009). Modifikacija ponašanja termin je koji se prvi puta opisuje 70-ih i 80-ih godina. Tada su se tom metodom nastojale ukloniti socijalno neprihvatljivi oblici ponašanja-iznenadni ispadi bijesa, agresija, autoagresija, destruktivnost i drugo. Temeljna postavka metode modifikacije ponašanja je da će se određeno ponašanje nastaviti ako su odgovori okoline ugodni, a ako su odgovori odbojni, ponašanje će se promijeniti i prilagoditi situaciji. Reakcije roditelja i terapeuta moraju biti dosljedne i naglašene kako bi autistična djeca, jer imaju teškoće u razumijevanju i izražavanju komunikacije, ipak mogla postupno uočavati zakonitosti.

Bujas-Petković (1995) navodi važnost nagrada i pohvala, slabijih i jačih kazni te ignoriranje djetetova ponašanja za modifikaciju ponašanja. Najvažnija je nagrada jer se njome potiče djetetovo željeno ponašanje i razvija socijalizacija. Autističnu se djecu često nagrađuje umjetnom potkrepom, npr. hranom, što nije poželjno zbog ograničenja i neprimjerenosti u situacijama izvan tretmana. Stariju i razumniju djecu treba navikavati na socijalne i odgođene nagrade, pohvale ili složnije nagrade. Autorica za primjer nagrade navodi bavljenje omiljenom aktivnošću. Metoda modifikacije ponašanja, osim kao samostalna terapija, može se koristiti i u interakciji s drugim terapijama.

Suvremeni bihevioralni pristup uključuje manipulaciju podražaja, tj. mijenjanje i prilagođavanje okoline, prilagođavanje jezika, stila interakcije i didaktičkoga materijala (Stošić, 2009).

Kako je ranije navedeno, bihevioralna je terapija niz metoda kojima se željeni oblici ponašanja nastoje zadržati, a neželjeni otkloniti. Postupak uklanjanja neželjenog ponašanja provodi se korak po korak uz detaljnu razradu te prema trenutnom djetetovom ponašanju.

Prema Stošić (2009), postoje različite tehnike bihevioralnih intervencija, a neke od njih su:

1. Incidentalno podučavanje u kojem odrasla osoba čeka da dijete pokaže da želi neki predmet ili aktivnost, zatim mu pruža podršku da dijete komunicira s više sredstava i daje djetetu željeni predmet ili aktivnost (npr. odrasla osoba traži od djeteta da koristi sliku za zahtijevanje željenog predmeta).
2. Mand podučavanje tehnika je u kojoj odrasla osoba čeka da dijete pokaže interes za željeni predmet, zatim djetetu pruža model za imitaciju ili mu pruža podršku za primjereno zahtijevanje i daje željeni predmet.
3. Vremenska odgoda postupak je u kojem odrasla osoba prilazi djetetu nakon što dijete pokaže interes za predmet ili aktivnost, s izrazom iščekivanja djetetu daje na znanje da treba na neki način tražiti predmet/aktivnost. Nakon određenog vremenskog perioda (10-15 sekundi), ukoliko dijete ne zahtijeva predmet, odrasla osoba pruža model za imitaciju ili podršku za primjereno zahtijevanje.

Svrha navedenih strategija je poticanje razvoja verbalne i neverbalne komunikacije.

6.2 Holding terapija

Prema Bujas-Petković (1995), Richer razdvaja redovne holding seanse koje se odvijaju kod kuće – prema terapeutovim uputama i bez obzira na djetetovo stanje, i seanse koje su majčin odgovor na djetetov nekontrolirani psihomotorni nemir. Praktični dio provodi majka čvrsto držeći dijete, unatoč njegovu otporu i otimanju, ne dopuštajući mu da se istrgne (Bujas-Petković, 1995). U početku je dijete agresivno prema majci, otima se, štipa ju te ju grize. Majka ni u jednom trenutku ne smije pokazati znakove agresije, nego mora dijete milovati, tješiti i pokazivati mu ljubav sve dok se dijete ne smiri i dok mu takvo postupanje ne postane ugodno. Seanse traju najčešće sat vremena, ali preporuča se i dulje trajanje, čak i do četiri sata. Holding terapija najčešće se provodi kod kuće i to u kombinaciji s drugim oblicima

tretmana. Majka je glavni terapeut koja postupa prema uputama stručnjaka, a po potrebi se i otac može uključiti u terapiju (Bujas-Petković, 1995).

6.3 TEACCH program

„TEACCH-program (Treatment and Education of Autistic and Related Communications Handicapped Children) jedan je od najsveobuhvatnijih programa dijagnostike, procjene sposobnosti i deficita te terapije za djecu i odrasle s autizmom“ (Bujas-Petković, 1995, str. 90). Osmišljen je 70-ih godina te se od tada sustavno primjenjuje i usavršava. Cilj TEACCH-programa je usvajanje školskih znanja i vještina za djecu koja su sposobna te poboljšanje efikasnosti učenja.

Najveća je mogućnost djetetu pomoći u njegovoj predškolskoj dobi. U toj je fazi važno uspostaviti kontakt oči u oči, facijalnu ekspresiju, vokalizaciju, kontakt tijelom, socijalne kontakte i prilagodbe, razvijati odnos s prijateljima, imitaciju, igre i socijalno razumijevanje. Prema Bujas-Petković (1995), izrazito su važne upute za roditelje za rad kod kuće jer bitno pridonose napretku tretmana.

Kako je već navedeno, dijete je potrebno od najranije dobi naučiti praktičnim vještinama, ali kasnije i finalizirati te održavati naučeno.

6.4 Floortime

Dječji psihijatar Greenspan oblikovao je terapijski model koji pomaže djeci s različitim problemima u emocionalnom razvoju. Naziva ga RIO (razvojni, individualno-diferencijalni, na odnosima temeljen model) ili neformalno “floortime“. Od 200 Greenspanovih pacijenata više od polovice uspjelo je profunkcionirati u smislu topline, angažiranosti, interakcije, verbalnosti i kreativnosti, a ostalih 30 posto ostvarilo je značajan napredak (Stacey, 2005).

Floortime je pristup zasnovan na razvojnoj interaktivnoj metodi prema kojoj se većina kognitivnih vještina stečenih u prvih pet godina života temelje na emocijama i odnosu. Prema navedenom pristupu, osnovno je slijediti djetetove inicijative. Roditelji su primarni partneri u pristupu (Bujas-Petković i sur., 2010).

Temelj programa je toplo i neposredno ophođenje. Dijete se uključuje na svim njegovim funkcionalnim, emocionalnim i razvojnim razinama do one najviše za koju je dijete sposobno. Filozofija flooritmea znači poštovanje i zaokupljanje djeteta te slaganje s njim kako bi mu se

pomoglo elaborirati misli posredstvom gesta, govora i igre pretvaranja (Bujas-Petković i sur., 2010). Postoje dva temeljna cilja floortimea, a to su:

1. uspostavljanje interakcije s djetetom uz njegovo vođenje,
2. uvesti dijete u svijet združene pažnje.

Prema Bujas-Petković i sur. (2010), kada dijete shvati da ga drugi ne žele ometati u onome što želi raditi, pustit će ih da mu se pridruže jer će za njega to biti još zabavnije.

Floortime ima pet koraka:

1. Opservacija

Potrebno je istodobno slušati i promatrati dijete kako bi se postigla uspješna opservacija. Pitanja na koja se odgovara: Je li djetetovo ponašanje opušteno ili zaigrano? Povlači li se ono i ne želi komunicirati? Je li dijete uzbuđeno? Je li dijete zaokupljeno objektima ili osobama? Odgovara li dijete samo ili inicira interakciju?

2. Pristupanje – otvaranje ciklusa komunikacije

Roditelj (terapeut) prilazi djetetu prikladnom gestom ili riječima nakon što se ustanovi djetetovo raspoloženje i način pristupa. Daljnja se interakcija gradi na onome što zanima dijete. Roditelj terapeut prati interes djeteta.

3. Praćenje djetetova vodstva

Nakon prvog pristupa, praćenje djetetovog vodstva znači biti partner koji ga održava u igri. Terapeut dopušta djetetu da mu određuje ton, upravlja akcijom i gradi priču. Na taj se način potiče djetetov osjećaj samopouzdanja i stvara spoznaja „Ja mogu utjecati na svijet oko sebe.“ Terapeut omogućuje pozitivno iskustvo, osjećaj topline, bliskosti i razumijevanja podržavajući djetetovu igru.

4. Produžena i proširena igra

Roditelj daje podržavajuće komentare i pomaže djetetu da izrazi svoje ideje i definira nastavak igre. Kako bi se poticao razvoj kreativnog mišljenja, roditelj postavlja pitanja i pritom pomaže djetetu osvijestiti njegova emocionalna stanja.

5. Dijete zatvara ciklus komunikacije

Nakon što je roditelj otvorio krug komunikacije pristupanjem djetetu, dijete ga zatvara tako da na roditeljeve komentare i geste odgovara svojim komentarima i gestama. Ciklusi se nižu jedan za drugim te dijete počinje shvaćati i cijeniti vrijednost dvosmjerne komunikacije (Bujas-Petković i sur., 2010).

6.5 Sustav komunikacije razmjenom slika (PECS)

PECS (Picture Exchange Communication system) sustav je komunikacije razmjenom slika. On se koristi za djecu i odrasle s poteškoćama u govoru. Takav način komuniciranja pogodan je za autističnu djecu jer se njime omogućuje vođenje i oblikovanje u učenju iniciranja interakcije, a time i shvaćanje koncepta komunikacije. Prema takvom postupku podučavanja, djeca uče prići i predati sliku željenog predmeta komunikacijskom partneru u zamjenu za taj predmet (Bujas-Petković i sur., 2010).

Mala djeca s poremećajem ne razumiju socijalne nagrade, stoga je važno vježbu komunikacije započeti onim što dijete voli. PECS je vrlo precizno razrađen te ga je relativno jednostavno primijeniti.

Prema Bujas-Petković i sur. (2010), sva uključena djeca naučila su barem prvi zahtjev PECS-a, tj. zamjenu jedne slike za predmet. Uspješnost ovoga programa je nedovoljno istražena, no ona malobrojna istraživanja govore o jednostavnosti primjene i uspješnosti pod uvjetom da se načela primjenjuju dosljedno.

6.6 Terapija senzorne integracije

Budući da dijete nije sposobno registrirati puno osjeta iz svoje okoline, ono ne može integrirati te osjete da bi stvorilo jasnu percepciju prostora i svoj položaj u tom prostoru. Terapija senzoričke integracije moguć je odgovor na te poteškoće. Kod većine male djece prirodna interakcija s okolinom omogućuje adaptivne reakcije koje su dovoljne za razvoj mozga. Dijete s poremećajem senzoričke integracije ne može se efikasno adaptirati na okolinu, jer njegov mozak nije razvio procese za integraciju osjeta iz te okoline. To dijete tada treba prikladno postavljenu okolinu skrojenu za njegov živčani sustav, te će ono tada biti u stanju pravilno integrirati osjete. Upravo takva okolina koristi se u terapiji senzoričke integracije. Terapija senzoričke integracije stimulira kožu i vestibularni sustav te na taj način povećava razinu budnosti senzornog sustava. Cilj terapije kod djece s autizmom je poboljšati

senzoričku obradu kako bi se što više osjeta efikasnije registriralo i moduliralo (Blažević i sur., 2006).

7. DJECA S POREMEĆAJEM AUTISTIČNOG SPEKTRA U DJEČJEM VRTIĆU

Priručnik „Djeca s posebnim potrebama u vrtiću i nižim razredima osnovne škole“, autorice Smiljane Zrilić (2011) daje kompletan pregled, stanje i perspektive inkluzivnog odgoja i obrazovanja, s posebnim naglaskom na metodiku rada s djecom s posebnim potrebama.

Suvremeni pristup uključivanju, kojemu je prethodnica edukacijska integracija, polazi od pretpostavke da svako dijete s teškoćama ima pravo na uključivanje u redovite predškolske, osnovnoškolske i srednjoškolske programe odgoja i obrazovanja, uz primjerenu odgojno-obrazovnu podršku, a za što postoji i zakonski okvir. Iako proces edukacijske integracije u Republici Hrvatskoj traje već 35 godina, izrazito mali broj djece s poremećajem iz autističnog spektra uključen je u sustav redovnog odgoja i obrazovanja. Takvo stanje objašnjava se činjenicom da još ne postoji dovoljna razina spremnosti i mogućnosti redovnog sustava da osigura podržavajući socijalni i odgojnoobrazovni kontekst koji bi pružao primjerenu podršku djeci i učenicima s PAS-om. Važno je naglasiti da autizam nije bolest, već razvojni poremećaj (disorder). U novije vrijeme umjesto izraza poremećaj koristi se termin stanje (condition) kako bi se naglasilo da osobe s PAS-om, osim deficita, mogu posjedovati i određene snage i vještine. Oni primaju i obrađuju informacije (uče) na drugačiji način pa im je, kako bi napredovali, potreban i drugačiji način podučavanja. Kako bi se ostvarili zakonski propisi po kojima je nužno osigurati adekvatnu podršku svoj djeci s posebnim odgojnoobrazovnim potrebama, potrebno je razumjeti, povezati, uskladiti i sustavno razvijati sve aspekte djelovanja svih uključenih u provedbu inkluzije. Predškolsko doba je razdoblje najintenzivnijeg razvoja sposobnosti pa je stoga uloga i odgovornost predškolskih ustanova (dječjih vrtića), uz ulogu roditelja, od presudne važnosti. S obzirom na prirodu poremećaja iz autističnog spektra jasno je da pozitivni ishodi razvoja uvelike ovise o ranoj identifikaciji poremećaja i ranom upućivanju u programe specifične edukacijsko-rehabilitacijske podrške. Ne postoji jedinstven, jednoznačan program koji bi djetetu s PAS-om omogućio optimalan razvoj, ali je dokazano da odgovarajućim individualiziranim pristupom, ranom intervencijom u domu djeteta i/ili u vrtiću, djeca s autizmom mogu napredovati i učiti. Djeca kod koje postoji sumnja na PAS, tj. djeca kod koje su prisutni znakovi autizma, ali ne u dovoljnoj mjeri da se postavi dijagnoza, moraju biti redovno i sustavno uključena u predškolski program podrške. To su programi rane intervencije koji će kroz individualizirani pristup pomoći djetetu da svlada i nadomjesti osnovne teškoće vezane uz simptome autizma pri čemu se u prvom redu misli na poticanje socijalizacije, komunikacije, razvoja govora i jezika,

simboličke igre i brige o sebi, učenja primjerene interakcije s vršnjacima i odraslima, rješavanje senzornih i/ili motoričkih problema te smanjivanje ili otklanjanje problema ponašanja, osobito stereotipija i rigiditeta koje nalazimo gotovo u svim aspektima ličnosti djeteta. Djeca s potvrđenim PAS-om trebaju kroz individualizirane odgojno-obrazovne i edukacijsko-rehabilitacijske programe biti sustavno uključena u individualne i grupne oblike prilagođene podrške koji će ublažavati posljedice razvojnog poremećaja i prevenirati nastajanje sekundarnih teškoća. U posebnom fokusu mora biti poticanje socijalne komunikacije, ublažavanje smetnji u ponašanju te poticanje senzoričke integracije i kognitivnog razvoja. Uključivanje djeteta s PAS-om ili sumnjom na taj poremećaj u programe redovnog vrtića podrazumijeva osiguravanje primjerenog individualiziranog odgojno-obrazovnog programa koji kreira i prati multidisciplinarni stručni tim (edukacijski rehabilitator, logoped, psiholog, odgojitelj te prema potrebi radni terapeut i fizioterapeut). Važan preduvjet kvalitetnog provođenja programa i njegova ishoda (koji se procjenjuje iz djetetova postignuća) jest i veličina skupine u koju je uključeno dijete s PAS-om i angažiranje osobnog pomoćnika ili trećeg odgajatelja (Sekušak-Galešev, 2013).

7.1 Dijete s poremećajem autističnog spektra u mješovitoj skupini dječjeg vrtića

Dijete se upisuje u dobi od 2 godine i 7 mjeseci nakon početnih razgovora s roditeljima. Tada se počinje pratiti njegovo ponašanje u skupini, u odnosu na okolinu, drugu djecu i odgojitelje. Uz to, ostalu djecu upoznaje se s novim prijateljem i njegovim „posebnostima“ kroz razgovor i slikovnicu „Moj brat je autist“.

Uvidom u cjelokupnu dokumentaciju koju prilažu roditelji dobiva se cjelokupna slika djeteta s poremećajem autističnog spektra uključenog u redovitu skupinu na boravak u trajanju od dva sata dnevno.

Tijekom procjene psihologa dijete u dobi od 17 i pol mjeseci tek pred kraj ispitivanja uspostavlja kontakt očima s ispitivačem, oponaša radnje umetanja, zainteresirano za igračke koje dohvaća s obje ruke uz vidljiv tremor ruku. Ne govori riječi sa značenjem, pokazuje razumijevanje jednostavnih situacija, a u ponašanju je vrlo živahan. Prema razvojnim ljestvicama najveće je odstupanje za njegovu dob vidljivo u područjima govora i krupne motorike. Majka je tada savjetovana o važnosti intenzivne stimulacije govora. Također, nalaz logopeda u ovoj ustanovi pokazuje kašnjenje u području govora, ne ponavlja na govorni model, dijete ne uspostavlja kontakt očima, često burno reagira i ljuti se, postoje slogovi kao što su ma-ma i ba-ba, razumije negaciju, ali mu je potrebno vrijeme da odreagira na nalog.

U dobi od 18 mjeseci također nema smislenih riječi, razumije nalog majke poput „pa-pa. Ukoliko nešto želi, uzima majku za ruku i vodi je za asistenciju, izražava ljutnju, rjeđe uspostavlja kontakt pogledom, smješka se vrlo kratko. Ovo je ispitivanje bilo gotovo nemoguće izvesti, zbog vrlo nemirnog sjedenja u stolici, dijete se penje na stol, uzima igračke i predmete sa stola i prinosi ih ustima. Ne razumije upute, ali povremeno imitira pokrete igračkama nakon ispitivača kao što su udaranje o stol ili trešnja zvonom. Majci je tada savjetovana ustrajnost u emocionalnoj kontroli u odnosu na situacije koje mu izazivaju nemir i otpor. Potrebno je uz to ignorirati socijalno neprihvatljive oblike ponašanja te poticativverbalnu ekspresiju.

U dobi od 20 mjeseci po prvi puta uključeno je u edukacijsko-rehabilitacijsku terapiju na odjelu majka-dijete. Edukacijski rehabilitator također savjetuje intenzivan rad na gašenju nepoželjnih oblika ponašanja. Primijećene su teškoće u području komunikacije i socijalizacije. Tijekom rada pokazuje negodovanje promjenom aktivnosti. Majka također navodi početak agresivnog ponašanja, često vrišti i ne odaziva se na ime te ne razumije naloge.

Dijete je prohodalo u dobi od 21 mjesec. Tada i dalje odlaze na povremene hospitalizacije i edukacijsko-rehabilitacijsku terapiju, nakon čega od prijatelja čuju za floortime procjenu te odlaze ondje kako bi čuli drugo mišljenje. Tada im je savjetovana terapija i prehrana iz koje se moraju isključiti kazein i šećeri.

U dobi od dvije godine svi nalazi govore o izostanku kontakta očima, ne uključuje nikoga u vlastitu igru, pokazuje ljutnju, ne imitira radnje, slabo razumije naloge te ne pokazuje prstom. Ovdje je prvi puta izražena sumnja na elemente poremećaja iz autističnog spektra.

Prve riječi javljaju se sa dvije i pol godine i to su bili brojevi na engleskom jeziku.

U dobi od dvije godine i sedam mjeseci inicira komunikaciju isključivo u svrhu zadovoljavanja svojih potreba. U području socijalne interakcije, kontakt očima je siromašan, dijete ga uspostavlja rijetko, češće u situaciji ako mu je odrasli u blizini i u fokusu interesa. Rijetko se odaziva na ime. U socijalnu interakciju ulazi rijetko, uz veliku prilagodbu ispitivača i isključivo u rutini s poznatim i zanimljivim predmetom. Spontano ne inicira komunikaciju s ispitivačem ili roditeljem. Vještine združene pažnje nisu usvojene, djetetu nije moguće skrenuti pažnju, ne pogledava prst kojim ispitivač pokazuje te ne pogledava na pokazani predmet. Igra je manipulativna i stereotipna te usmjerena na senzoričko ispitivanje

predmeta, osobito je fokusiran na teksturu i materijale predmeta. Funkcionalna i simbolička imitacija još nisu usvojene. Lako se uznemiri i reagira emocionalno burno, više, baca, udara majku, pri čemu se teže smiruje. Kontrola sfinktera nije uspostavljena. Tada se donosi zaključak da svi navedeni simptomi ukazuju na poremećaj iz spektra autizma.

U dobi od 3 godine i četiri mjeseca po preporuci defektologa edukacijskog rehabilitatora uključuje se u vrtić na dva sata dnevno. Ispadi ljutnje u frustraciji i agresivno ponašanje i dalje su prisutni. Sada više razumije verbalne upute i naloge, ali i negaciju, zbog koje se ljuti. Govori cijele rečenice na engleskom jeziku, hrvatski znatno manje. Vodi majku za ruku kada do nečeg ne može.

Nalaz logopeda u dobi od 4 godine i dva mjeseca pokazuje da dijete posjeduje određenu razinu usvojenih pojmovnih znanja, pokazuje razumijevanje niza jednostavnih situacijskih i verbalnih uputa i naloga.

7.2 Boravak u vrtiću

Dijete se u vrtić upisuje nakon inicijanih razgovora s roditeljima u dobi od tri godine i četiri mjeseca na boravak u trajanju od dva sata. Tada se počinje pratiti ponašanje u skupini, u odnosu na okolinu, drugu djecu i odgojitelje. Uz to, ostalu djecu upoznajemo s novim prijateljem i njegovim „posebnostima“ kroz razgovor i slikovnicu „Moj brat je autist“. Pri samom dolasku u skupinu i sobu dnevnog boravka odlazi do centra za građenje i promet uzimajući vagone na magnet i slažući ih u niz. Uz to, promatra prostor oko sebe. Iako djeca nude pomoć i žele se uključiti u igru, dijete ne ulazi u interakcije s vršnjacima. Nakon što mu počinjemo nuditi umetaljke, vješto ih okreće i postavlja na pravo mjesto, ali se u toj aktivnosti ne zadržava dugo.

7.2.1 Govorno-jezični razvoj

Već pri samom dolasku u vrtić, u dobi od tri godine i četiri mjeseca koristi uglavnom engleski jezik, imenujući predmete koje vidi na engleskom jeziku. Kada na panou vidi jabuku kaže „apple“, ukoliko vidi više jabuka, dijete ovaj izraz promjeni u množinu. Od riječi na hrvatskom jeziku koristi samo ma-ma i pa-pa. Komunikacija s odgojiteljicama svodi se na uzimanje za ruku i odvođenje do onoga što želi. Kada mu se nešto ne sviđa ili se dogodi da zbog organizacije rada mora prekinuti određenu aktivnost glasno viče: „No!“ Također, ukoliko vidi određeni naslov na panou, isti rastavlja na glasove na engleskom jeziku.

Razumije uputu, iako mu je potrebno određeno vrijeme da je ispuni. Majka daje uputu na engleskom jeziku, pri odlasku iz vrtića, napominje djetetu: „Shoes!“, nakon čega ono sjedne na dio za preobuvanje u garderobi.

U dobi od četiri godine počinje koristiti riječ „gotovo“, kada više ne želi baviti se određenom aktivnosti ili je s nečim upravo završio. Također počinje ponavljati jednostavne riječi. Na uputu „Idemo oprati ruke“, dijete ispruži svoje obje ruke pogledavajući ih i kaže „ruke“. Kada odgojiteljica djeci kaže „Dobar tek“, u isto vrijeme s ostalom djecom govori „Hvala“. Pjeva pjesmice na engleskom jeziku te se glasa poput određene životinje, uzimajući tu životinju u ruku.

7.2.2 Motorika

Što se tiče motorike, vidljivo je otežano hodanje zbog skraćenih tetiva stopala. Iz istog razloga hoda na prstima. Voli tjelesne aktivnosti i na njih reagira sa smijehom. Trči mašući objema rukama. Najduže se zadržava u aktivnostima za razvoj fine motorike, kada većinu vremena modelira s tijestom ili plastelinom. Osim toga, velik dio dana provodi presipavajući rasipne materijale poput riže iz jedne posude u drugu ili ulijevajući u lijevak. Mirno prati kako se posuda puni te kada je jedna puna zamijeni posude. Za vrijeme ručka sjedi na stolici, iako je izraženo nepravilno sjedenje i određeni stupanj savijenosti kralježnice.

7.2.3 Emocije

Dijete izrazito burno reagira i izražava nezadovoljstvo te od samog početka radimo na izražavanju emocija na prihvatljiv način. Ukoliko mu se netko poželi pridružiti u aktivnosti, aktivnost mu se prekine ili mu ne uspije ono što je želio, npr. posložiti gumene životinje na vagone, dijete tada počinje glasno vikati i vrištati, udarajući samog sebe te bacajući i šutajući igračke objema nogama. Emocije rijetko izražava plačem. Ne pokazuje privrženost prema odgojiteljicama niti prema majci kada ga dovodi u vrtić, sve do navršene četvrte godine, kada plače za majkom pri dolasku u vrtić te nakon ručka, u vrijeme kada majka dolazi po njega viče „ma-ma“. Ukoliko vidi da neko dijete plače, pažnju vrlo dugo zadržava na licu tog djeteta te tada i on počinje plakati.

7.2.4 Socijalni kontakti

Dijete ne uspostavlja kontakte s djecom, iako se smije promatrajući ih dok trče tijekom tjelesnih aktivnosti, plješće i maše rukama. Ukoliko mu neko dijete nešto uzme, ljutnju

izražava gurajući to dijete od sebe objema rukama. U dobi od nepunih četiri godine, donosi papir i bojice te sjedne za stol. Dodaje jednu po jednu bojicu drugom djetetu imenujući boju na engleskom jeziku te govori „circle“ ili „sun“ nakon čega mu djevojčica nacrtava isto. Nastavlja s istom aktivnosti dok ne potroši sve bojice iz čaše.

7.2.5 Stereotipije i interesi

Najviše interesa pokazuje za igru vagonima i autićima koje slaže u pravilne nizove, ponekad čak prateći i boju autića. Osim toga, igra se gumenim životinjama glasajući se poput pojedine životinje. Od ponuđenih aktivnosti najviše se zadržava u aktivnostima modeliranja tijestom ili glinamolom te slikanja temperama, kada imenuje boje, također na engleskom jeziku. Redosljed radnji koji smo posložili od samog početka, npr. pranje ruku, ručak, previjanje (dijete ni u dobi od četiri i pol godine nema uspostavljenu kontrolu sfinktera), ne smije se narušiti. Takav redosljed dijete prati bez poteškoća. Ukoliko se on promijeni, dolazi do ljutnje i agresije. U ovoj dobi pokazuje interes za slaganje puzli, koje vrlo vješto okreće objema rukama, a kada dio ne može umetnuti pravilno, dodaje odgojiteljici. Nakon završetka kaže „Gotovo!“ Uz navedeno, pokazuje interes za pjesmice koje pjevamo, sjedajući zajedno s djecom i plješćući. Nakon završetka pjesmice kaže „Again!“ ili „Let's try again!“

8. POREMEĆAJI AUTISTIČNOG SPEKTRA U ODRASLOJ DOBI

Roditelji djece s autizmom suočavaju se s jedinstvenim izazovima, uz to, suočeni s drugim roditeljskim skupinama. Djecu s autizmom može biti teško razumjeti. Busch (2009) opisuje kako roditelji izvještavaju o tome da ne mogu stvoriti recipročni odnos s njihovim djetetom s autizmom. Poslije dijagnoze, roditelji izražavaju nepodržavanje i stigmatizaciju i zdravstvenih djelatnika i članova zajednice budući da nisu sigurni u budućnost utjecaja dijagnoze na sebe i na funkcioniranje njihove obitelji (Falk, Norris, Quinn, 2014). Međusobno je povezan odnos između roditeljskog stresa i problema s ponašanjem, visoki roditeljski stres pridonio je pogoršanju problema u ponašanju djeteta tijekom vremena (Baker i sur., 2003).

Kako odrasle osobe s autizmom sazrijevaju i prelaze u srednju dob, teško im je živjeti samostalno, zadržati poslove i održavati odnose. Studije pružaju uvid u svakodnevni život odraslih osoba s autizmom dok ulaze u tridesete i četrdesete godine.

Rezultati pokazuju veću potrebu za podrškom oko zapošljavanja i socijalne interakcije odraslih osoba s autizmom, kao i dodatnu potporu potrebnu za obitelji koje pružaju veći dio njege.

Autori Wise, Smith i Rabins (2017) navode kako većina odraslih s dijagnozom poremećaja iz autističnog spektra žive s roditeljima, u zaštićenim zajednicama, u državnim institucijama za osobe s intelektualnim teškoćama ili u psihijatrijskim bolnicama.

9. ZAKLJUČAK

Prije je potrebna veća senzibilizacija društva za rješavanje svakodnevnih problema s kojima se suočavaju djeca i osobe s poremećajima iz autističnog spektra. Posljednjih se desetljeća nastoji djecu s posebnim odgojno-obrazovnim potrebama uključivati u redovite odgojno-obrazovne programe. Odgoj i obrazovanje djece s poremećajima iz autističnog spektra trebaju biti svedeni na usvajanje funkcionalnih vještina i kompetencija koje će im služiti u svakodnevnom životu. Roditeljima djece s ovim poremećajima također je potrebna pomoć, posebice psihološka i u obliku edukacije, kako bi se znali i mogli nositi sa svim problemima s kojima se susreću. Osobito je važna i edukacija odgojitelja i svih ostalih sudionika odgojno-obrazovnog procesa. Uključivanje djece s poremećajima iz autističnog spektra u Hrvatskoj u redovne predškolske ustanove moguće je kroz dva organizacijska oblika: u redovnim i posebnim skupinama. U oba slučaja većinu odgojno-obrazovnog rada provode odgojitelji koji ne moraju nužno imati dodatne kompetencije za rad s ovom djecom. Organizacija aktivnosti, vremena i prostora ima odlučujući utjecaj na proces odgoja i obrazovanja djeteta. Kada je riječ o djeci s autizmom, izuzetno je bitna kvalitetna komunikacija između roditelja, odgojitelja i stručne službe u vrtiću. Pravilan pristup i inkluzija djece ovisi o iznimnom angažmanu svih subjekata u procesu. Također, važno je raditi i na razvitku novih, ali i nadogradnji postojećih intervencija prilagođenih osobama s poremećajem iz spektra autizma. Na taj bi se način mogle razviti nove metode u dijagnostici i intervenciji koje bi stručnjacima omogućile bolje razumijevanje ovog poremećaja, a time i olakšale svakodnevnicu osobama koje se s njime nose. Odgoj i obrazovanje djece s poremećajem autističnog spektra treba usmjeriti ka usvajanju vještina potrebnih u njihovom svakodnevnom životu, kao i funkcioniranju u zajednici. Usvojene vještine iz praktičnog života omogućit će im funkcioniranje i bez stalne pomoći skrbnika.

10. LITERATURA

1. American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*, Washington, DC: APA.
2. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*, Washington, DC: APA.
3. Baker, B. L., McIntyre, L.L., Blacher, J., Crnic, K., Edelbrock, C., Low, C. (2003). Pre-school children with and without developmental delay: behaviour problems and parenting stress over time. *Journal of intellectual disability and research*, 47(4-5), 217-230.
4. Blažević, K., Škrinjar, J., Cvetko, J., Ružić, L. (2006). Posebnosti odabira tjelesne aktivnosti i posebnosti prehrane kod djece s autizmom. *Hrvatski športskomedicinski vjesnik*, 21, 70-83.
5. Bujas-Petković, Z. (1995). *Autistični poremećaj: dijagnoza i tretman*. Zagreb: Školska knjiga.
6. Bujas-Petković, Z., Frey Škrinjar, J. (2010). *Poremećaji autističnog spektra: značajke i edukacijsko-rehabilitacijska podrška*. Zagreb: Školska knjiga.
7. Busch, E. C. (2009). Using acceptance and commitment therapy with parents of children with autism: The application of a theory. *ProQuest Dissertations and Theses*, 622(971).
8. Cepanec, M., Gmajnić, I., Ljubešić, M. (2010). Early communication development in socially deprived children – similar to autism? *Translational Neuroscience*, 1(3), 35-45.
9. Cepanec, M., Šimleša, S., Stošić, J. (2015). Rana dijagnostika poremećaja iz autističnog spektra- teorija, istraživanja i praksa. *Klinička psihologija*, 8(2), 203-224.
10. Costescu, C. (2016). Beliefs, emotions, and behaviors – differences between children with ASD and typically developing children. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 16(2), 221-237.
11. Couture, M., Jasmin, E., McKinley, P., Reid, G., Fombonne, E., Giselle, E. (2009). Sensori-motor and daily living skills of preschool children with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 39, 231–241.
12. Falk, N. H., Norris, K., Quinn, M. G. (2014). The factors predicting stress, anxiety and depression in the parents of children with autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 44(12).

13. Gajić, T. (2015). *Poremećaji autističnog spektra*, preuzeto 3.9.2018. <http://personapsiho.com/wp-content/uploads/2015/03/Gajic-T.-2015.-Poremecaji-autisticnog-spektra.pdf>
14. Hill, E. L. (2004). Executive dysfunction in autism. *Trends in Cognitive Sciences*, 8(1), 26-32.
15. Jasmin, E. (2009). Sensori-motor and daily living skills of preschool children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, 39(2), 231-241.
16. Kaartinen, M., Puura, K., Helminen, M., Salmelin, R., Pelkonen, E. i Juujärvi, P. (2014). Reactive aggression among children with and without autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 44, 2383–2391.
17. Liu, B., Breslin, C. M., ElGarhy, S. (2017). Motor Skill Assessment in Autism Spectrum Disorder: A Case Study. *Physical Educator*.
18. Lukito, S., Jones, C. R. G., Pickles, A., Baird, G., Happé, F., Charman, T., Simonoff, E. (2017). Specificity of executive function and theory of mind performance in relation to Attention-Deficit/Hyperactivity symptoms in Autism Spectrum Disorders. *Molecular autism*, 8(60).
19. Mastrangelo, S. (2009). Play and the child with autism spectrum disorder: from possibilities to practice. *International Journal of Play Therapy*, 18(1), 13-30.
20. Nikolić, S. (2000). *Autistično dijete: Kako razumjeti dječji autizam*. Zagreb: Prosvjeta.
21. Remschmidt, H. (2009). *Autizam – pojavni oblici, uzroci, pomoć*. Jastrebarsko: Naklada slap.
22. Sipes, M., Matson, J.L., Horovitz, M. (2011). Autism spectrum disorders and motor skills: the effect on socialization as measured by the baby and infant screen for children with autism traits. *Developmental neurorehabilitation*, 14(5).
23. Stacey, P. (2005). *Dječak koji je volio prozore-otvaranje srca i uma djeteta s teškoćama u razvoju*. Lekenik: Ostvarenje
24. Šimleša, S., Ljubešić, M. (2009). Aspergerov sindrom u dječjoj dobi. *Suvremena psihologija*, 12(2), 373-390.
25. Watt, N. (2008). Repetitive and stereotyped behaviors in children with autism spectrum disorders in the second year of life. *Journal of autism and developmental disorders*, 38(8), 1518–1533.
26. Wise, E., Smith, M.,D., Rabins, P. (2017). Aging and autism spectrum disorder: a naturalistic, longitudinal study of the comorbidities and behavioral

and neuropsychiatric symptoms in adults with asd. *Journal of autism and developmental disorders*, 47, 1708–1715.

27. Woods, J.J., Wetherby, A.M. (2003). Early identification of and intervention for infants and toddlers who are at risk for autism spectrum disorder. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 34, 180-193.
28. Zrilić, S. (2011). *Djeca s posebnim potrebama u vrtiću i nižim razredima osnovne škole*. Zadar: Sveučilište u Zadru.